Stomatitis fibrinosa-maculosa

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

Gustav Stein

prakt. Zahnarzt in Berlin

Tag der Promotion: 29. März 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

260

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n: Prof. Dr. **Rubner**
R e f e r e n t: Prof. Dr. **Williger**

Verfasser beginnt nach Erklärung des Begriffs „Aphthen“ mit der Beschreibung der Ursachen der Stomatitis fibrinosa-maculosa. Nach Schilderung des diagnostischen Bildes teilt er sie in drei klinische Formen ein:

Unter der ersten Form faßt er die Fälle zusammen, bei denen gelbliche, rundliche Effloreszenzen von 2—3 mm Durchmesser plötzlich vereinzelt oder zahlreich auf der befallenen Schleimhaut auftreten. Die Flecke sind scharf begrenzt, von einem schmalen roten Saum umgeben und überragen das Schleimhautniveau.

Sitz: Lippen, Lippenrot, Gingiva, Wangenschleimhaut, harter und weicher Gaumen, Zungenrücken und Mundboden (Williger).

Diese Form wird am häufigsten im Kindesalter, aber auch bei Erwachsenen beobachtet. Ferner gesellt sie sich zu febrilen Magen-Darmprozessen, zu Typhus, Masern, Scharlach (Kraus).

Anatomisch handelt es sich bei dem gelblichen Fleck in der Mitte der Eruption um ein zwischen Epithel und Mucosa gesetztes fibrinöses Exsudat.

Mikroskopisch enthält das Exsudat abgestoßene Epithelien, Rundzellen neben feinen Fibrinfasern, die gewöhnlichen Mundspirochäten, ferner Kokken, längere Mycelfäden und Hefezellen sowie einen Diplostreptococcos.

Die zweite Form der Stomatitis fibrinosa-maculosa sind die solitären Aphthen. Diese entstehen plötzlich an irgend einer Stelle der Mundschleimhaut, der Zunge oder Lippen und bleiben gewöhnlich vereinzelt. Man sieht diese Form bei Erwachsenen häufig.

Die dritte und schwerste Form der Stomatitis fibrinosa-maculosa ist die chronisch rezidivierende. Sie beruht vielleicht auf einer Autointoxikation, etwa wie bei der Urticaria, wo wir es gleichfalls mit durch Monate und Jahre hindurch fortwährend rezidivierenden Eruptionen zu tun haben können. In einzelnen Zwischenräumen treten immer wieder an den verschiedensten

Stellen der Mundschleimhaut teils einzeln, teils mehrfach Aphthen auf, die sich bisweilen in sehr große, hartnäckige Geschwüre umwandeln (Williger).

Therapeutisch ist die erste Form der Stomatitis fibrinosa-maculosa sehr leicht zu beeinflussen. Am geeignetsten sind Spülungen oder Auswaschungen der Mundhöhle mit schwachen, lauwarmen Lösungen von Natron bicarbonicum, denen Spülungen mit warmer Boraxlösung folgen. Die aphthösen Stellen werden dreimal täglich mit einer dreiprozentigen Borax-Glyzerinlösung betupft. Wurzelreste läßt Williger zunächst nicht entfernen. Als Linderungsmittel bei heftigen Schmerzen werden Anäson, Orthoform, Anaesthesin und Propesin angeführt.

Die solitären Aphthen werden durch Betupfen der eben erkrankten Stellen mit einer 50prozentigen Höllensteinlösung bekämpft.

Die dritte Form ist therapeutisch sehr schwer zu beeinflussen. Auch hier wird die Höllensteinbehandlung angewandt, jedoch ist ein von vollem Erfolg gekröntes Heilmittel bisher noch nicht bekannt. Auch auf die Behandlung mit Röntgenstrahlen und Salvarsan wird eingegangen.

Zum Schluß der Arbeit geht Verfasser differential-diagnostisch auf syphilitische Plaques, Herpes labialis, Pemphigus, Soor und Stomatitis epidemica ein.

Eine Statistik über die in der Chirurgischen Abteilung des Zahnärztlichen Instituts der Universität Berlin behandelten Fälle und drei Krankengeschichten vervollständigen die Arbeit.